

医療機関と在宅医療等との入退院調整等に係る課題の論点整理表（主なコメント）

論点の柱	カテゴリ	論点	主なコメント(市町)	主なコメント(介護事業所、地域包括支援センター)
1 介護施設等から入院した患者の退院調整について	施設関連 受入れ施設の総合調整	○ ADLに変化が生じ元の施設や家に戻れない場合、圏域全体での調整機能を考える必要があるのではないか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 広域での連携や調整ができる仕組みの構築が課題</li> <li>・ 総合調整の地域の範囲が課題</li> <li>・ 市町村が個別に調整機能を構築することは困難</li> <li>・ 圏域全体で調整することは煩雑化を招く懸念もある</li> </ul>	
	施設関連 介護施設の対応力	<p>○ 施設によっては、利用者の体調に何かあるとすぐに救急搬送してしまう。正しい知識の啓発が必要。</p> <p>○ 入院前の介護施設に戻りにくい一因として、吸引への対応があげられているが、介護職員の研修等を充実して介護施設の対応力を高める必要があるのではないか。</p>	<p>(救急要請について)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 毎年開催している介護サービス事業者連絡会議で救急課から救急要請のタイミングやその方法について等周知している。</li> <li>・ 特に夜間・深夜帯に看護職が不在・オンコール対応となることで救急要請など、ご指摘のような事態が生じる</li> </ul> <p>(吸引対応について)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護職員の吸引対応についてはまず実態把握が必要と考えられる。</li> <li>・ 介護職の医療知識の習得に向けた機会の確保は必要であり、併せて、医療職の福祉知識に関する知識習得もできれば、医療・介護職において共通した認識の下、より連携した対応が図れる</li> <li>・ 専門職向けの研修は町単位での実施が困難なため、県等における広域的な開催を検討していただければと考えています。</li> </ul>	<p>○ 退院調整について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ICT活用により急な退院や直前の病状変化にも対応可能となる</li> <li>・ メール等による事前連絡により退院調整がしやすくなる</li> <li>・ 意思決定に必要な情報提供や普及啓発が必要</li> <li>・ 入院機関からもケアマネージャーに早めの情報提供をお願いしたい。</li> </ul>
	在宅・施設共通 入院時の早期調整	<p>○ 施設から入院した時点で、施設から一旦退所扱いになり、すぐに再入所できないケースが指摘されているが、弾力的な対応を考えるべきではないか。</p> <p>○ 介護サービスを利用中でも今後のライフプランを検討していないため、患者・家族の意思決定に時間のかかる場合がある。</p>	<p>(再入所について)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院時に担当ケアマネージャーが退院後の対応を意識して早めに入院先に接触することが必要。</li> <li>・ 入院医療機関からも、ケアマネージャーに早めの情報提供やカンファレンスの提示をお願いしたい。</li> <li>・ 再入所が困難なケースも散在するため、関係機関における早期調整が重要。</li> </ul> <p>(意思決定について)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設入所前、医療・介護の必要性の低いときからのACP実施が必要。専門職への教育も必要だが、住民への普及啓発に取り組む必要がある。</li> <li>・ 人生の最終段階での医療ケアについて、町内の病院と共催でセミナーを実施している。</li> </ul>	<p>○ 救急要請、吸引対応について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 吸引研修の頻回実施が必要、曜日や時間帯の多様性と指導者の確保が課題</li> <li>・ 介護施設職員の離職問題により研修成果が継続できない</li> <li>・ 施設医師不在時のオンコール体制を構築するべき</li> </ul>
	在宅・施設共通 カンファレンス	○ 退院調整に際し、関係者によるカンファレンスが重要であるが、なかなか集まりにくいことが指摘されている。ICTの活用等工夫をこらす必要があるのではないか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 実態としてカンファレンスもなく急遽退院との連絡が医療機関からあるということも聞いている。ICTの活用の前に、圏域全体として入院時からの早期カンファレンスを行う医療機関が少ないことが課題となるのではないか。</li> <li>・ ICTの利活用は課題解決に繋がると考えられますが、前段として関係機関における共有ツールの必要性について合意形成を図るべき。</li> <li>・ 上地区や県西域で共通に活用できるツールが有用であるため、本会議のような広域の会議の場を活用した検討が必要。</li> <li>・ 当地域でも、全員が集まることは難しい。参加できない方へケアマネージャーが後日周知すること重要。FAXの良さ有。</li> </ul>	<p>○ 新型コロナウイルス感染症の影響</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退院後2週間は受入れができない事業所があり、必要なサービスを受けられない時期があった</li> <li>・ 入所者が急変した場合、受け入れてくれる医療機関を探すのに時間がかかった</li> <li>・ 面会制限があるために、家族の現状把握が不十分のまま退院に至るケースがあった</li> </ul>
	在宅・施設共通 認知症対策	○ 認知症であって、ADLが落ちていない人の介護認定が低く出てしまうという問題が指摘されているが、どう対応すべきか（介護認定で配慮する場合、ローカルルールで対応可能か、制度改正が必要か）。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ご指摘の問題は、当地域だけの課題ではないと思われるので、ローカルルールでの対応は良くないのではないか。</li> <li>・ 現状介護度が低く出ても、認知症初期集中支援チームでの検討や地域包括での相談支援を継続して行っている。</li> <li>・ 認知症の行動・心理状況から出現する介護上の負担について明確になるようなシステム（基準の統一）の構築が必要になるのではないか。</li> </ul>	

論点の柱	カテゴリー	論点	主なコメント(市町)	主なコメント(介護事業所、地域包括支援センター)
2 情報の共有について	基礎情報	○ 圏域の関係施設の状況がどうなっているか情報共有することは重要であるが、県央地区のイメージでよいか（他に必要な情報はるか）。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療側が福祉施設に求める情報と、福祉側が医療機関に求める情報を的確に捉える必要がある。</li> <li>・施設での医療処置対応状況や入院による退所方針をまとめてはどうか。</li> <li>・圏域内の施設情報の共有化は必要性がある。</li> </ul>	○ルール化、標準化の必要性  (あり) <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域で共通の様式があれば使用したい</li> <li>・一部の医療機関だけではなく、圏域内全体で活用することで情報の共有化が図れる</li> </ul> (なし) <ul style="list-style-type: none"> <li>・個々の情報量も違い、それぞれの対応で良い</li> </ul> (その他) <ul style="list-style-type: none"> <li>・共通書式を利用している地域があるが、他の情報でも可としているのが現状</li> <li>・伝達ツールを作成しても、使用されなければ意味をなさない</li> <li>・ルール化、標準化は必要だが、新たな様式の作成によりCMの負担とならないよう配慮が必要</li> <li>・既存の在宅サマリー活用体制の構築および普及が必要</li> <li>・令和2年6月よりケアネットOHMY、三師会、1市3町共同作成の多職種連携シートの運用開始</li> </ul>
	情報共有ツール	○ 個々の患者さんの情報共有の例として「在宅サマリー」の活用が行われているが、更にルール化、標準化の必要はあるか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・標準化の必要性は感じていない。</li> <li>・在宅サマリーが定着しているならその活用でよいのではないか。</li> <li>・県西圏域における「在宅サマリー」の標準化・ルール化が有効。</li> <li>・ケアネットOHMYが、医療機関の連携室の方々と作成した「在宅サマリ」が、地域から入院される方の情報として医療機関に有効であるとの話は聞いているが、必須ではない中で、どの程度活用されているかは把握していない。</li> </ul>	
	かかりつけ医との連携	○ かかりつけ医との情報共有をどう進めていくべきか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現状が不明なため、課題把握について検討する必要がある。</li> <li>・ツールの活用（持参・FAX・メール等）や、必要に応じて、本人の受診日に同行するなどして、かかりつけ医との情報共有が図れるよう対応すべきものとする。</li> <li>・一定のルールを決めることが出来るならば、良いと思われます。</li> <li>・病院と診療所間の連携は、提起されているがなかなか進んでいないように感じている。</li> <li>・「多職種連携シート」をケアネットOHMY、三師会、1市3町行政と共同で作成。医療・介護関係者の情報共有を目的。</li> </ul>	
3 共通	専門職のスキルアップ	○ケアプランの事例を含めてレベルの標準化をどう進めるか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「ケアプランの書き方マニュアル」をケアプラン点検委託事業の一部として、受託事業者の合同会社介護の未来と共同で作成。</li> <li>・ケアプランの適正化に向けては、ケアプラン点検を定期的実施するほか、地域ケア会議において、ケース課題等に対する適切な医療・介護サービス等が組み込まれているかなど、確認・指導しながらスキルアップを図ることを考えている。</li> <li>・ケアマネのスキルアップとして研修会への参加奨励や地域包括支援センターと連携し、ケアマネのスキルアップのための研修（対応事例や困難事例の情報交換等）の実施を検討していきたい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアプラン内容に個々の差が大きく、ケアマネージャーのレベルアップは必要</li> </ul>
	認識の共有	○意識啓発の促進等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住民ひとりひとりがACPに取り組むこと、そのための一般向け普及啓発が課題であり、取り組みが必要と考えている。また、医療や介護の初期に関わる包括や居宅ケアマネへの意識付けも必要と思われる。</li> <li>・小田原医師会と一市三町の共催で実施している多職種共同研修において、看取りやその人なりの自立支援など年ごとにテーマを決めて、医療と介護関係者の顔の見える関係づくりを進めている。しかし、医師等については、参加者が固定化（同じ顔ぶれ）している傾向がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修の顔ぶれは同じことが多く、広く研修していく必要あり</li> <li>・多職種共同研修の参加が広がり、医療、介護の連携が取れないと認識の共有化は図れない</li> <li>・講演会や研修会が多く、同内容のものが他機関で開催されており負担</li> <li>・行政の研修やケアプラン点検事業への参加</li> </ul>
	基金の活用	○医療介護総合確保基金をどう活かすか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県を含め、広域的に検討すべきものと考えている。</li> <li>・基金に該当する事業を行う事業者に対し、制度の周知を行い活用を促している。</li> <li>・ソフト事業の中で、有用なメニューの利活用を検討する必要があると考えます。</li> </ul>	

# 医療機関と在宅医療等との入退院調整等に係る課題の論点整理表(市町及び関係機関のコメント)

論点の柱	カテゴリー	論点	【小田原市高齢介護課】市町の取組み・課題等の状況	【南足柄市高齢介護課】市町の取組み・課題等の状況	
1 介護施設等から入院した患者の退院調整について	施設関連	受入れ施設の総合調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険施設利用者については、ケアマネジャーが施設単位の配置となるため、施設→入院→施設となる場合、在宅のように一貫した総合調整を行うケアマネジャーが存在しない。その場合、地域包括支援センターが支援を行うが、本人・家族との関係がない中、短期間での調整となるため、施設の情報共有等(2/3の会議で県が示す施設情報等)、医療機関や地域包括支援センターを支援する何らかの取り組みが必要。</li> <li>医療圏や施設利用の範囲が市町村単位でない以上、調整機能の構築を各市町村が個別に行うことは難しい。この会議体(ワーキングチーム)で構築できないか。</li> </ul>	ADLの変化によって、現状は病院のケースワーカーや担当するケアマネジャーが対応し、必要に応じ包括支援センターがかかわっている。総合調整の地域の範囲も含め課題である。	
		介護施設の対応力	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設によっては、利用者の体調に何かあるとすぐに救急搬送してしまう。正しい知識の啓発が必要。</li> <li>入院前の介護施設に戻りにくい一因として、吸引への対応があげられているが、介護職員の研修等を充実して介護施設の対応力を高める必要があるのではないか。</li> </ul>	施設での対応は事故報告書等で確認している。介護職員への吸引の研修については市では検討していない。	
	在宅・施設共通	入院時の早期調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設から入院した時点で、施設から一旦退所扱いになり、すぐに再入所できないケースが指摘されているが、弾力的な対応を考えるべきではないか。</li> <li>介護サービスを利用中でも今後のライフプランを検討していないため、患者・家族の意思決定に時間がかかる場合がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和2年度の多職種共同研修のテーマを「意思決定支援」とし、医療・介護従事者が高齢者の意思決定支援をするために何をすべきかを考える。</li> <li>入院時に担当ケアマネジャーが退院後の対応を意識して早めに入院先に接触することが必要。一方、(特に独居利用者の場合)入院したこと自体をケアマネジャーが知るのに時間がかかるケースがあることから、入院医療機関からも、ケアマネジャーに早めの情報提供やカンファレンスの提示をお願いしたい。</li> </ul>	入院時からの施設職員と病院側との連携は県が行う研修もあり、改善されてきていると感じる。
		カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院調整に際し、関係者によるカンファレンスが重要であるが、なかなか集まりにくいことが指摘されている。ICTの活用等工夫をこらさなければならないか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>先行自治体の事例を研究しながら検討してまいりたい。</li> </ul>	
	認知症対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症であって、ADLが落ちていない人の介護認定が低く出してしまうという問題が指摘されているが、どう対応すべきか(介護認定で配慮する場合、ローカルルールで対応可能か、制度改正が必要か)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1次判定において、認知症の人には「認知症加算」をして判定している。ご指摘の問題は、当地域だけの課題ではないと思われるので、ローカルルールでの対応は良くないのではないか。</li> <li>介護認定審査の質の向上を目的として令和2年度に審査会委員向けの研修会を実施する予定。</li> </ul>	この論点について市での検討は行っていない。	
2 情報の共有について	基礎情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>圏域の関係施設の状況がどうなっているか情報共有することは重要であるが、県央地区のイメージでよい(他に必要な情報はあるか)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>県央地区のイメージでよい。</li> </ul>		
	情報共有ツール	<ul style="list-style-type: none"> <li>個々の患者さんの情報共有の例として「在宅サマリー」の活用が行われているが、更にルール化、標準化の必要はあるか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアネットOHMYが医療機関の地域医療連携に係る相談員(MSW)と共同で作成。(平成23年作成、平成26年に改訂)</li> <li>入院時に、ケアマネジャーや地域包括支援センター職員から、医療機関に情報提供する際のツール。入院後1週間以内の提出を推奨。退院時には、医療機関から「看護サマリー」が提供される。</li> <li>令和2年度、ケアネットOHMY、MSWを中心に内容の見直しを行う予定。</li> </ul>	標準化の必要性は感じていない。	
	かかりつけ医との連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ医との情報共有をどう進めていくべきか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「多職種連携シート」をケアネットOHMY、三師会、1市3町行政と共同で作成。</li> <li>医療・介護関係者の情報共有を目的。運用開始当時は、ケアマネジャーからかかりつけ医への問い合わせや情報提供が中心となると思われるが、関係者間の利用も想定。</li> <li>令和元年度に検討、試行利用を行った。令和2年6月から本格実施。</li> </ul>	在宅医療・介護連携推進事業で検討していく。	
3 共通	専門職のスキルアップ	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアプランの事例を含めてレベルの標準化をどう進めるか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「ケアプランの書き方マニュアル」をケアプラン点検委託事業の一部として、受託事業者の合同会社介護の未来と共同で作成。</li> <li>平成28年度から行ってきたケアプラン点検における指摘事項を中心に、プランの書き方の詳細をまとめたもの。</li> <li>令和元年度に取組開始。令和2年度に研修会を開催予定。</li> </ul>	ケアマネ情報交換会等を活用し研修や事例検討を行っていく。	
	認識の共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>意識啓発の促進等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「終活講座の開催」自分の人生の見つめなおし(=どこでどのような死に方を迎えるか、それまでどのような暮らしを送りたいか)に関する本人の意思決定と、家族や支援者との意識の共有が進むことを目的に開催。</li> <li>10月にいそしぎで開催される「生きがいふれあいフェスティバル」の1枠として実施。平成30年度は医師による講演、令和元年度は医療編(医師)と法律編(弁護士)の2部制で開催。</li> </ul>	在宅医療・介護連携推進事業で検討していく。	
	基金の活用	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療介護総合確保基金をどう活かすか</li> </ul>			

論点の柱	カテゴリー	論点	【中井町健康課】市町の取組み・課題等の状況	【大井町福祉課】市町の取組み・課題等の状況	
1 介護施設等から入院した患者の退院調整について	施設関連	受入れ施設の総合調整	○ ADLに変化が生じ元の施設や家に戻れない場合、圏域全体での調整機能を考える必要があるのではないか。	足柄上地区1市5町共同実施による在宅医療・介護連携支援事業において協議・検討を行ってゆく。	他市町の動向に合わせてます。
		介護施設の対応力	○施設によっては、利用者の体調に何かあるとすぐに救急搬送してしまう。正しい知識の啓発が必要。 ○入院前の介護施設に戻りにくい一因として、吸引への対応があげられているが、介護職員の研修等を充実して介護施設の対応力を高める必要があるのではないか。	専門職向けの研修等を含め、足柄上地区1市5町と委託先の足柄上地区在宅医療・介護連携支援センターとともに、検討し実施していく。	今までも行ってきたが、専門職向けの研修等を含め、知識の普及・啓発について、委託先の足柄上地区在宅医療・介護連携支援センターと委託元の足柄上地区1市5町で、検討し実施していく。
	在宅・施設共通	入院時の早期調整	○施設から入院した時点で、施設から一旦退所扱いになり、すぐに再入所できないケースが指摘されているが、弾力的な対応を考えるべきではないか。 ○介護サービスを利用中でも今後のライフプランを検討していないため、患者・家族の意思決定に時間のかかる場合がある。	人生の最終段階での医療ケアについて、町内の病院と共催でセミナーを実施している。(年1回)普及啓発を進めていく必要がある。	ACPについての普及啓発をすすめていく。
		カンファレンス	○退院調整に際し、関係者によるカンファレンスが重要であるが、なかなか集まりにくいことが指摘されている。ICTの活用等工夫をこらす必要があるのではないか。	医療機関・介護施設等との連携を視野に、足柄上地区1市5町と委託先の足柄上地区在宅医療・介護連携支援センターとともに、検討していく。	医療機関・介護施設等との連携を視野に、足柄上地区1市5町と委託先の足柄上地区在宅医療・介護連携支援センターとともに、検討していく。
		認知症対策	○認知症であって、ADLが落ちていない人の介護認定が低く出てしまうという問題が指摘されているが、どう対応すべきか(介護認定で配慮する場合、ローカルルールで対応可能か、制度改正が必要か)。	認定調査(特記事項)や審査会委員への周知(1市5町共同委託先足柄上衛生組合での対応)などで調整・検討を図る。	調査員研修において偏るが内容対応していく。 審査会委員の研修については、委託先である衛生組合や1市5町と調整していく。
	2 情報の共有について	基礎情報	○圏域の関係施設の状況がどうなっているか情報共有することは重要であるが、県央地区のイメージでよい(他に必要な情報はあるか)。		・県央地区のイメージでよい。
情報共有ツール		○個々の患者さんの情報共有の例として「在宅サマリー」の活用が行われているが、更にルール化、標準化の必要はあるか。	足柄上地区1市5町共同実施による在宅医療・介護連携支援事業において協議・検討を行ってゆく。	在宅サマリーが定着しているならその活用でよいのではないか。	
かかりつけ医との連携		○かかりつけ医との情報共有をどう進めていくべきか。	足柄上地区1市5町共同実施による在宅医療・介護連携支援事業の委託先である医師会との検討が必要と思われます。	一定のルールを決めることが出来るならば、良いと思われます。	
3 共通	専門職のスキルアップ	○ケアプランの事例を含めてレベルの標準化をどう進めるか	地域ケア会議の活用等を図り、質の向上・維持に努めたい。	地域ケア会議における事例検討等で質の向上に努めています。	
	認識の共有	○意識啓発の促進等	足柄上地区1市5町共同実施による在宅医療・介護連携支援事業において協議・検討を行ってゆく。	今までも行ってきたが、専門職向けの研修等を含め、知識の普及・啓発について、委託先の足柄上地区在宅医療・介護連携支援センターと委託元の足柄上地区1市5町で、検討し実施していく。	
	基金の活用	○医療介護総合確保基金をどう活かすか	要検討	活用が可能か検討していく。	

論点の柱	カテゴリー	論点	【松田町福祉課】市町の取組み・課題等の状況	【山北町保険健康課】市町の取組み・課題等の状況
1 介護施設等から入院した患者の退院調整について	施設関連	受入れ施設の総合調整 ○ ADLに変化が生じ元の施設や家に戻れない場合、圏域全体での調整機能を考える必要があるのではないか。	足柄上地区1市5町共同実施による在宅医療・介護連携支援事業において協議・検討を行う。	現在、該当ケースは個別に地域包括支援センターが調整しています。センター単独での対応が困難なケースについては行政が介在し調整を図っています。
	施設関連	介護施設の対応力 ○施設によっては、利用者の体調に何かあるとすぐに救急搬送してしまう。正しい知識の啓発が必要。 ○入院前の介護施設に戻りにくい一因として、吸引への対応があげられているが、介護職員の研修等を充実して介護施設の対応力を高める必要があるのではないか。	足柄上地区1市5町と委託先の足柄上地区在宅医療・介護連携支援センターとともに、検討し実施していく。	介護従事者に対する医療領域のスキルアップが必要と思われます。専門職向けの研修は町単位での実施が困難なため、県等における広域的な開催を検討いただければと考えています。
	在宅・施設共通	入院時の早期調整 ○施設から入院した時点で、施設から一旦退所扱いになり、すぐに再入所できないケースが指摘されているが、弾力的な対応を考えるべきではないか。 ○介護サービスを利用中でも今後のライフプランを検討していないため、患者・家族の意思決定に時間のかかる場合がある。	介護と医療の連携について広域的に協議していく。また、ACPについては、在宅医療・介護連携支援センターを含め、町でも普及啓発を進めていく必要がある。	入院後の再入所について弾力的な対応は必要ですが、再入所が困難なケースも散在するため、関係機関における早期調整が重要と考えられます。 ライフプランの検討については、本人・家族に対する意識啓発や働きかけを早い段階から行っていくことが必要だと思われます。
	在宅・施設共通	カンファレンス ○退院調整に際し、関係者によるカンファレンスが重要であるが、なかなか集まりにくいことが指摘されている。ICTの活用等工夫をこらす必要があるのではないか。	医療機関・介護施設等との連携を視野に、足柄上地区1市5町と委託先の足柄上地区在宅医療・介護連携支援センターとともに、検討していく。	ICTの利活用は課題解決に繋がると考えられますが、前段として関係機関における共有ツールの必要性について合意形成を図るべきと考えます。
2 情報の共有について	在宅・施設共通	認知症対策 ○認知症であって、ADLが落ちていない人の介護認定が低く出してしまうという問題が指摘されているが、どう対応すべきか（介護認定で配慮する場合、ローカルルールで対応可能か、制度改正が必要か）。	認定調査や審査会委員への対応については1市5町共同委託先足柄上衛生組合との調整を要する。現状介護度が低く出ても、認知症初期集中支援チームでの検討や地域包括での相談支援を継続して行っている。	要介護認定にける訪問調査では、認知症状に関して配慮が必要な方は特記事項等で補充されているため、制度改正等は不要と思われます。
	基礎情報	基礎情報 ○圏域の関係施設の状況がどうなっているか情報共有することは重要であるが、県央地区のイメージでよいか（他に必要な情報はあるか）。		圏域内の施設情報の共有化は必要性があると考えられます。
	情報共有ツール	情報共有ツール ○個々の患者さんの情報共有の例として「在宅サマリー」の活用が行われているが、更にルール化、標準化の必要はあるか。	足柄上地区1市5町共同実施による在宅医療・介護連携支援事業において協議・検討を行っていく。	県西圏域における「在宅サマリー」の標準化・ルール化が有効だと考えられます。
3 共通	かかりつけ医との連携	かかりつけ医との連携 ○かかりつけ医との情報共有をどう進めていくべきか。	足柄上地区1市5町共同実施による在宅医療・介護連携支援事業の委託先である医師会との検討が必要と思われる。	情報共有に関する標準的なルール化の必要性を圏域内のかかりつけ医に理解を得ていくための取組みが必要であると考えます。
	専門職のスキルアップ	専門職のスキルアップ ○ケアプランの事例を含めてレベルの標準化をどう進めるか	足柄上地区在宅医療・介護連携支援センターと1市5町共催で行われている専門職向け研修会や、地域ケア会議の活用等を図り、質の向上・維持に努めたい。	ケア会議等において事例検討を行い、情報交換やレベルの標準化を図っています。
	認識の共有	認識の共有 ○意識啓発の促進等	足柄上地区1市5町共同実施による在宅医療・介護連携支援事業において協議・検討を行ってゆく。	在宅医療・介護連携支援センターを軸として、専門職向けの講演会及び研修会と町民向けの講演会を実施し、意識啓発の促進を図っています。
	基金の活用	基金の活用 ○医療介護総合確保基金をどう活かすか	要検討	ソフト事業の中で、有用なメニューの利活用を検討する必要があると考えます。

論点の柱	カテゴリー	論点	【開成町福祉介護課】市町の取組み・課題等の状況	【箱根町福祉課】市町の取組み・課題等の状況
1 介護施設等から入院した患者の退院調整について	施設関連	受入れ施設の総合調整 ○ ADLに変化が生じ元の施設や家に戻れない場合、圏域全体での調整機能を考える必要があるのではないかな。	連携室から地域包括支援センター、町へ相談があれば、足柄上地区～小田原エリアの施設の情報提供ができる。各施設の医療的な対応能力を整理したものではなく、その都度対応可能な施設に確認することになっている。	ADLに変化が生じ元の施設等へ戻れないケースがあることは承知しているが、細かな件数等は把握していない。ケースに様々な状況があることを考えると、受け入れ施設等の多様性が求められる。広域での連携や調整ができる仕組みの構築が課題ではないかと考える。
		介護施設の対応力 ○ 施設によっては、利用者の体調に何かあるとすぐに救急搬送してしまう。正しい知識の啓発が必要。 ○ 入院前の介護施設に戻りにくい一因として、吸引への対応があげられているが、介護職員の研修等を充実して介護施設の対応力を高める必要があるのではないかな。	足柄上在宅医療・介護連携支援センターと足柄上病院とで看取りの学習会を開催している。学習会に参加してこない施設は意識付けが課題。介護職員の吸引対応についてはまず実態把握が必要と考えられる。	施設からの救急搬送ケースの件数等詳細については把握していない。職員への医療に関する知識や吸引を含めた医療技術に関する研修の実施については、町レベルでは難しい。
	在宅・施設共通	入院時の早期調整 ○ 施設から入院した時点で、施設から一旦退所扱いになり、すぐに再入所できないケースが指摘されているが、弾力的な対応を考えるべきではないかな。 ○ 介護サービスを利用中でも今後のライフプランを検討していないため、患者・家族の意思決定に時間のかかる場合がある。	施設ごとに退所扱いとなる入院期間を設定しているため、まずは情報収集が必要になる。施設入所前、医療・介護の必要性の低いときからのACP実施が必要と思われる。専門職への教育も必要だが、住民への普及啓発に取り組む必要があると考えている。	施設から入院したケースの状況を把握していないため、入院後の施設の対応についても把握していないが、入院時の治療方針や入院期間等の今後の見直しについて、早期に施設側と共有することのコンセンサスができるかが課題と考える。 また、介護施設や地域において人生の最終段階においての患者や家族の意思決定を支援していく取り組みを推進するため、「意思決定支援」をテーマに多職種共同研修を令和2年度実施する予定である。
		カンファレンス ○ 退院調整に際し、関係者によるカンファレンスが重要であるが、なかなか集まりにくいことが指摘されている。ICTの活用等工夫をこらさなければならないかな。	情報共有ツールについては今後の検討課題。上地区や県西域で共通に活用できるツールが有用であるため、本会議のような広域の会議の場を活用した検討が必要と考える。	退院にむけての関係者間のカンファレンスは重要と認識しているが、実態としてカンファレンスもなく急遽退院との連絡が医療機関からあるということも聞いている。ICTの活用の前に、圏域全体として入院時から早期カンファレンスを行う医療機関が少ないことが課題となるのではないかと考えられる。なお、小田原医師会と一市三町の共催で、顔の見える関係づくりを目的の一つとして多職種共同研修を行っている。
	認知症対策 ○ 認知症であって、ADLが落ちていない人の介護認定が低く出てしまうという問題が指摘されているが、どう対応すべきか（介護認定で配慮する場合、ローカルルールで対応可能なか、制度改正が必要か）。	認知症に限らず合議体によって審査に差異がでることのないよう取り組みを継続することが重要。結果が出てすぐに状態と合っていないとして区分変更申請が出されるケースもある。全国的に統一された審査となるよう、国適正化事業を活用した審査委員および認定調査員の研修の実施を検討してはどうか。	認知症の方の介護認定が低く出てしまい対応に困ることがあるということを知っている。認知症の行動・心理症状から出現する介護上の負担について明確になるようなシステム（基準の統一）の構築が必要になるのではないかと考える。	
2 情報の共有について	基礎情報	○ 圏域の関係施設の状況がどうなっているか情報共有することは重要であるが、県央地区のイメージでよいか（他に必要な情報はあるか）。	上記の施設での医療処置対応状況や入院による退所方針をまとめてはどうか。	
	情報共有ツール	○ 個々の患者さんの情報共有の例として「在宅サマリー」の活用が行われているが、更にルール化、標準化の必要はあるかな。	足柄上での活用状況が不明。	ケアネットOHMYが、医療機関の連携室の方々と作成した「在宅サマリー」が、地域から入院される方の情報として医療機関に有効であるとの話は聞いているが、必須ではない中で、どの程度活用されているかは把握していない。
	かかりつけ医との連携	○ かかりつけ医との情報共有をどう進めていくべきかな。	現状が不明なため、課題把握について検討する必要がある。	入退院に際し患者の同意のもと患者情報が、病院と診療所間で共有、さらに、連携されることが、患者にとっては安心につながると考えられる。病院と診療所間の連携は、提起されているがなかなか進んでいないように感じている。
3 共通	専門職のスキルアップ	○ ケアプランの事例を含めてレベルの標準化をどう進めるかな。	医療サービスに必要な利用者の支援についてケアマネジャー向けの研修の実施、ケアマネジャーと医療機関や訪問看護ステーションとの顔の見える関係づくりに引き続き取り組んでいく必要がある。	ケアマネのスキルアップとして研修会への参加勧奨や地域包括支援センターと連携し、ケアマネのスキルアップのための研修（対応事例や困難事例の情報交換等）の実施を検討していきたい。
	認識の共有	○ 意識啓発の促進等	住民ひとりひとりがACPに取り組むこと、そのための一般向け普及啓発が課題であり、取り組みが必要と考えている。また、医療や介護の初期に関わる包括や居宅ケアマネへの意識付けも必要と思われる。	小田原医師会と一市三町の共催で実施している多職種共同研修において、看取りやその人なりの自立支援など年ごとにテーマを決めて、医療と介護関係者の顔の見える関係づくりを進めている。しかし、医師等については、参加者が固定化（同じ顔ぶれ）している傾向がある。
	基金の活用	○ 医療介護総合確保基金をどう活かすかな。	適した活用方法があるかな今後検討が必要	基金に該当する事業を行う事業者に対し、制度の周知を行い活用を促している。

論点の柱	カテゴリー	論点	【真鶴町健康福祉課】市町の取組み・課題等の状況	【湯河原町介護課】市町の取組み・課題等の状況	
1 介護施設等から入院した患者の退院調整について	施設関連	受入れ施設の総合調整	○ADLに変化が生じ元の施設や家に戻れない場合、圏域全体での調整機能を考える必要があるのではないか。	○当地域では、老人保健施設(ニューライフ湯河原等)が中間施設として機能しており、自宅⇄施設⇄病院との間で時間、家族力、リハビリによるADL向上を行っている。	入院治療を終えた対象者の受入れは、入院前施設を原則としつつも諸事情により差が出てしまうことはあり、現行、医療機関MSWと入院前施設・地域包括支援センターなどで個別の調整を行っているものと認識している。当該調整においては、対象者の病状や経済的な事情、本人・家族の意向、施設の空き状況など個別・具体的な状況に応じて対応が異なるため、圏域全体で調整することは煩雑化を招く懸念もあり難しいものとする。 スムーズな退院調整が実施できるよう医療介護連携若しくは多職種共同研修により、関係者間の認識の統一と情報の共有による日ごろからの連携の強化が大切であるとする。
		介護施設の対応力	○施設によっては、利用者の体調に何かあるとすぐに救急搬送してしまう。正しい知識の啓発が必要。 ○入院前の介護施設に戻りにくい一因として、吸引への対応があげられているが、介護職員の研修等を充実して介護施設の対応力を高める必要があるのではないか。	○施設の看護師への連絡(夜間においても)⇒状況確認⇒緊急搬送 マニュアルが重要。 ○ワーキンググループと同様。	本町2つの福祉施設でも、特に夜間・深夜帯に看護職が不在・オンコール対応となることで救急要請など、ご指摘のような事態が生じるものと思います。そのための介護職の医療知識の習得に向けた機会の確保は必要であり、併せて、医療職の福祉知識に関する知識習得もできれば、医療・介護職において共通した認識の下、より連携した対応が図れるものとする。 また、たんの吸引等研修修了者は、本町の施設でも、3~4名と少ない状況にあるため、引き続き、積極的な研修受講について求めることは必要であるとする。
	在宅・施設共通	入院時の早期調整	○施設から入院した時点で、施設から一旦退所扱いになり、すぐに再入所できないケースが指摘されているが、弾力的な対応を考えるべきではないか。 ○介護サービスを利用中でも今後のライフプランを検討していないため、患者・家族の意思決定に時間のかかる場合がある。	○当地域では、老健が機能している。 ○元来、患者・家族の意思決定には、時間が掛かるもの。	一時入院中の利用者が入院前施設に戻る場合には、待機順位を最優先とするなど柔軟な対応を図っているものと認識しており、そうすべきであると考えている。 また、施設入所中においては、施設ケアマネによる個別の施設サービス計画が作成されるため当該計画による本人・家族の意向や目標等と併せてのライフプランの確認やエンディングノートの活用など検討することは必要であるとする。
		カンファレンス	○退院調整に際し、関係者によるカンファレンスが重要であるが、なかなか集まりにくいことが指摘されている。ICTの活用等工夫をこらす必要があるのではないか。	○当地域でも、全員が集まることは難しい。参加できない方へケアマネジャーが後日周知すること重要。FAXの良さ有。	本町では、町内及び熱海市内の医療機関MSWと地域のケアマネジャー、地域包括支援センター間での合同研修会を開催し、日ごろからの顔の見える関係づくりと情報の共有・意見交換等を実施しているため、退院前カンファレンスなどは比較的スムーズに行えているものと認識している。
	認知症対策	○認知症であって、ADLが落ちていない人の介護認定が低く出てしまうという問題が指摘されているが、どう対応すべきか(介護認定で配慮する場合、ローカルルールで対応可能か、制度改正が必要か)。	○徘徊等の問題行動あれば、介護度は重度に出るように認定調査のロジックが作られているため、問題行動を調査時にいかに聞き取るかが重要。	主治医意見書や訪問調査票(特記事項)に基づき、問題行動の度合いや、それに基づく介護の手間・時間等を勘案して認定審査会で適切に判定していただくものと認識しており、その結果、一次判定よりも介護度が上下することは当然にあるものと考えている。	
2 情報の共有について	基礎情報	○圏域の関係施設の状況がどうなっているか情報共有することは重要であるが、県央地区のイメージでよいか(他に必要な情報はあらか)。	○ワーキンググループの内容で良い	本町では、町民向けの「医療・介護サービスガイド」を作成・配布しており、関係者も当該冊子を活用し、情報の共有を図っている。 ただし、関係者間では、さらに専門的な事項を含めた情報の共有が必要と考えており、そのための医療側が福祉施設に求める情報と、福祉側が医療機関に求める情報を的確に捉える必要があるとする。	
	情報共有ツール	○個々の患者さんの情報共有の例として「在宅サマリー」の活用が行われているが、更にルール化、標準化の必要はあるか。	○当地域では、1市3町及び介護支援専門員の職能団体が中心となり、3師会の方にも会議に出席してもらい、令和2年4月1日~「在宅医療・介護連携ツール」を作成し、更なる情報共有を図っていく。	標準化した情報共有ツールは必要なものと考えており、現在、ケアネットOHMYなど関係団体の協力のもと、小田原医師会管内において活用できる共通の情報共有ツール作成に向けて検討しているところである。	
	かかりつけ医との連携	○かかりつけ医との情報共有をどう進めていくべきか。	○当町では、受診時に介護支援専門員や地域包括職員が同席し、かかりつけ医との連携を行うことが多い。	上記ツールの活用(持参・FAX・メール等)や、必要に応じて、本人の受診日に同行するなどして、かかりつけ医との情報共有が図れるよう対応すべきものとする。	
3 共通	専門職のスキルアップ	○ケアプランの事例を含めてレベルの標準化をどう進めるか	○当地域では、1市3町での多職種共同研修、2町での自立型ケア会議等を通して、ケアプランの向上に努めている。	ケアプランの適正化に向けては、ケアプラン点検を定期的実施するほか、地域ケア会議において、ケース課題等に対する適切な医療・介護サービス等が組み込まれているかなど、確認・指導しながらスキルアップを図ることを考えている。	
	認識の共有	○意識啓発の促進等	○ワーキンググループの内容で良い	小田原医師会管内の1市3町の医療・介護関係者を対象とする多職種共同研修会などにおいて引き続き、連携体制の確保や情報の共有、意識の啓発などの促進を図ることを考えている。	
	基金の活用	○医療介護総合確保基金をどう活かすか	○ワーキンググループの内容で良い	県を含め、広域的に検討すべきものと考えている。	





論点の柱	カテゴリー	論点	【訪問看護ステーション連絡会】取組み・課題等の状況	【ケアネットOHMY】取組み・課題等の状況
1 介護施設等から入院した患者の退院調整について	施設関連	受入れ施設の総合調整 ○ ADLに変化が生じ元の施設や家に戻れない場合、圏域全体での調整機能を考える必要があるのではないか。	入院中は連携室がその都度、問い合わせし、調整して頂いている。圏域の施設の空き状況や特徴や医療依存度の高い方の受け入れ情報の提供を定期的に行い、家族やご本人が選べる様になれば良いと思う。	新型コロナウイルス感染症の状況下で、退院後の受入れ先の調整が困難となることがある。 (ケアネットOHMY会員アンケートより) ・PCR検査陰性証明がないと在宅サービス、施設での受け入れとも難しい。 ・感染者が病状回復して退院した後のサービス提供が必要な場合の感染リスクが心配。
	施設関連	介護施設の対応力 ○施設によっては、利用者の体調に何かあるとすぐに救急搬送してしまう。正しい知識の啓発が必要。 ○入院前の介護施設に戻りにくい一因として、吸引への対応があげられているが、介護職員の研修等を充実して介護施設の対応力を高める必要があるのではないか。	・施設スタッフの中で力量の差が大きく、対応力(予測力)が違う。定期的に施設内での勉強会・医療従事者含めたマニュアル作り・研修は必須。 ・市内での吸引研修を頻回に行う以外、吸引できるスタッフを増やす事は困難。研修曜日・時間帯に多様性を持たせる事と、指導者確保も課題 吸引指導・胃瘻注入指導は積極的に行っており、毎年5名程度依頼あり。	
	在宅・施設共通	入院時の早期調整 ○施設から入院した時点で、施設から一旦退所扱いになり、すぐに再入所できないケースが指摘されているが、弾力的な対応を考えるべきではないか。 ○介護サービスを利用中でも今後のライフプランを検討していないため、患者・家族の意思決定に時間のかかる場合がある。	ケアマネがサービス導入時期からケアプランを検討し、本人・家族の意思確認を定期的に行い、準備が必要。意思確認ができていないか、希望していない延命治療を避けることもできる。入院時点で、在宅の現状を病院側へ伝え、退院の目安も必要。長期入院によるリスクあり。訪問診療導入し、在宅で早期から生活する事でADL低下予防。在宅のほうが、ACPは進んでいると感じる。予後を伝えられていないケースも多い。訪問看護では初回訪問でほぼ全員に意思決定記入してもらっている。	今後の対応を決めていたとしても、実際にその時の状況で本人や家族の考えは変わってしまう。 入院し少し経った頃に家族に状況を聞いたり本人に病院に会いに行ったりし状況を把握しながら今後について確認しているケアマネは多いと思うが、その際に連携室の相談員と情報共有していくことが必要と感じている。 新型コロナ感染拡大後、退院後2週間はサービスの受け入れが出来ないと数か所の事業所より連絡が入り必要なサービスを受けられなかった時期がある。
	在宅・施設共通	カンファレンス ○退院調整に際し、関係者によるカンファレンスが重要であるが、なかなか集まりにくいことが指摘されている。ICTの活用等工夫をこらす必要があるのではないか。	退院前カンファは必ず参加している。東京等遠方から退院する場合重症者も多く、よりカンファは重要。ICT活用により、急遽退院が決定したり、退院直前に病状の変化があっても、カンファを重ねる事ができる。紙ベースでのやり取りは医療・福祉業界だけだと遅れを指摘され、企業はICTが主流。統計や効率が非常に良い。	退院調整から退院までの期間によって対応に苦慮する。退院の前日や数日前に連絡が来るときもある。 前もって連携室から正確な情報が入ってくる病院との退院前カンファはスムーズに行えている。
2 情報の共有について	在宅・施設共通	認知症対策 ○認知症であって、ADLが落ちていない人の介護認定が低く出してしまうという問題が指摘されているが、どう対応すべきか(介護認定で配慮する場合、ローカルルールで対応可能か、制度改正が必要か)。	認知症・独居の方が、介護度が低い事は良くあり。生活している地域(近くにスーパーや郵便局、銀行などの有無、生活を支えてくれる親類・知人がいるのか)によっても、必要性が大きく違う。訪問調査員の特記事項に困りごとを記入し、審査会で調整・配慮してほしい。調査時にも、しっかり伝える様に指導。	介護保険申請・区変の時の窓口での聞き取り。更新の時は担当のケアマネジャーへ聞き取り用の書類を作成し一つの情報としてみてはどうか。
	在宅・施設共通	基礎情報 ○圏域の関係施設の状況がどうなっているか情報共有することは重要であるが、県央地区のイメージでよいか(他に必要な情報はあるか)。	良い。発症年度含めた既往歴やアレルギー等	
	在宅・施設共通	情報共有ツール ○個々の患者さんの情報共有の例として「在宅サマリー」の活用が行われているが、更にルール化、標準化の必要はあるか。	入院1週間以内は遅すぎると思う。土日配慮しても基本は3日以内が良いのでは? 訪問看護では当日が多い。0~2日程度で送付。 標準化については、個々の情報量も違い、それぞれの対応で良いと思われる。	ケアネットOHMYと病院のMSWと共に作成した在宅サマリーが浸透している。できる限り入院後3日以内に送るようにしている。病院の連携室からはとても有難いとの声が多い。しかしケアマネジャーによっては内容が空白だらけで送られてくるといった意見もあった。 令和元年度にOHMYと病院・施設の相談員との合同研修にて利用状況について意見収集。令和2年度に再度MSWと共に見直しを行う予定。
3 共通	在宅・施設共通	かかりつけ医との連携 ○かかりつけ医との情報共有をどう進めていくべきか。	独居・高齢者世帯は、救急隊がその場で情報を持参し、搬送する仕組みが必要。入院したことすら知らないかかりつけ医もいる。個人情報保護のこともあり、玄関にかかりつけ医とケアマネジャーの連絡先を提示することは可能かと思う。市が市民に配布した情報記入用紙は浸透していない。伝達ツールを作成しても、使用されなければ意味をなさない。かかりつけ医へは、連携室が関わる必要あり。入院時かかりつけ医がいるかも確認が必要。訪問看護では連携はできている方だが、ICTでの情報共有だと情報量も多い。FAXや電話が主。	通院時の内容を聞いても正確な情報が聞けるわけではないため、小田原市医師会とケアネットOHMYで作成した「ケアマネジャーから主治医へのFAX連絡票」を利用。必要に応じ受診同行を行っている。 三師会・一市三町・ケアネットOHMYと2年かけて多職種連携シートを作成。令和2年6月から利用開始。当面はケアマネジャーからの発信となるが今後、幅広く関係機関で利用し連携ができるように考えている。
	在宅・施設共通	専門職のスキルアップ ○ケアプランの事例を含めてレベルの標準化をどう進めるか	ケアプラン内容に個々の差が大きい。包括だけではなく、要介護や医療保険でのケアマネジャーのレベルアップは必要。研修も顔ぶれは同じのことが多く、広く研修していく必要あり。また、ケアマネだけの情報では足りず、関わっている事業所の情報も重要。 課題・整理・総括等行い、見える化し、ケアプランの説明ができる様に訓練していく	令和2年度の研修計画に「疾患別アプローチ研修」を予定。「ケアマネジメントにおけるアセスメント・モニタリングの標準化」の資料をもととする。 今年度は基本ケアの項目と大腿骨頸部骨折がある方へのアプローチ研修。来年度は脳血管疾患・心疾患がある方へのアプローチ研修予定。 小田原市が行っているケアプラン点検について、数年同じ方が行っているが1人の意見や考え方に偏っていると感じている。また、地域包括支援センターの主任ケアマネジャーが関わらなくなってしまったが、本来の役割として関わっていかなくてはならないのではないかと感じている。
	在宅・施設共通	認識の共有 ○意識啓発の促進等	訪問看護から看取りや意思決定について講演会(きらめき出前講座)依頼は、殆どなく、治療や最期の生活の場をどう過ごすか、家族と話し合いがなく、意識もしていない印象が強い。講演会も、老人会など公民館単位で地道に行かないと、研修を企画しても来る住民は少ない。在宅と病院の医師の考えとICも違いがあり。	終活という言葉も浸透してきて自分がどう生きていくかを記録に残したり人に話すようになったが、それはまだ死を実感していない方が多いように感じる。介護保険を利用するようになりケアマネジャーとして関わったときには既に死を意識しなければいけない方もいる。そのような時に最期について聞ききれない、怒り出す、関係者で意見が違うことが多い。いつの時期でも考えなくてはならない事。そして決めただけで変えてもいいという事を知ってほしい。
在宅・施設共通	基金の活用 ○医療介護総合確保基金をどう活かすか	ICT普及、訪問診療医の拡充に使用してほしい		

論点の柱		カテゴリー	論点	【あしがらケアマネジャー連絡会】 取組み・課題等の状況	【介護老人保健施設ニューライフ湯河原】 取組み・課題等の状況
1 介護施設等から入院した患者の退院調整について	施設関連	受入れ施設の総合調整	○ ADLに変化が生じ元の施設や家に戻れない場合、圏域全体での調整機能を考える必要があるのではないか。	入院前と退院時の状態がどう違うのか把握できないと、自宅での生活が判断できず、どう介護サービスにつなげるかの判断が出来かねている。退院前カンファレンスを行うことで、家族も退院後の生活をイメージしやすくなるのではないか。	●元の施設に戻ることが基本ではあるが、老健という医療の限界は考慮しなければならない。ADLの変化だけで元の老健戻れないという理由にはならないはず。医療機関と老健との間でコーディネートできることなので、相談員間で連携してほしい。また、ADLの変化のみで在宅への退院に支障があるのであれば、まさに老健はその役割を果たすべきである。
		介護施設の対応力	○施設によっては、利用者の体調に何かあるとすぐに救急搬送してしまう。正しい知識の啓発が必要。 ○入院前の介護施設に戻りにくい一因として、吸引への対応があげられているが、介護職員の研修等を充実して介護施設の対応力を高める必要があるのではないか。		●老健の医師は原則夜間及び土日祭日は勤務していないため、救急搬送もあり得る手段かと思いますが、老健自体も施設医師の不在時のオンコール体制を構築すべきであり、老健での治療の範囲を考え直すべきだと思います。 ●老健における喀痰吸引については、基本看護師が配置されていますので実施できるはずですが、人数には限りがあります。介護職員への研修の機会があれば尚よしいかと思っています。
	在宅・施設共通	入院時の早期調整	○施設から入院した時点で、施設から一旦退所扱いになり、すぐに再入所できないケースが指摘されているが、弾力的な対応を考えるべきではないか。 ○介護サービスを利用中でも今後のライフプランを検討していないため、患者・家族の意思決定に時間のかかる場合がある。	・医療と介護の連携は、入院時にケアマネジャーの有無を聞かれる等進みつつあると考える。しかし、家族からの入院の知らせが遅れることもあり、迅速に対応することにつながっていない。入院機関からもケアマネジャーに早めの情報提供をお願いしたい。	●一旦退所扱いというのは、介護報酬的なことで「いわゆる扱い」ということであるはず。入院が長期にわたるようなら当然施設と利用者との間でライフプランが作成されるべきだし、元の施設にもコーディネーターやケアマネがいるはずなので、常に連携することが必要である。
		カンファレンス	○退院調整に際し、関係者によるカンファレンスが重要であるが、なかなか集まりにくいことが指摘されている。ICTの活用等工夫をこらす必要があるのではないか。	・退院前カンファレンスは、退院後の生活を構築するために必要である。開催するにあたって各事業所担当者が出席することが必要と考えるので、日数の猶予をもって開催日を決める必要がある。また、一定の書式検討が必要と考える。	●情報共有ツールは一つの手段だと思います。
		認知症対策	○認知症であって、ADLが落ちていない人の介護認定が低く出てしまうという問題が指摘されているが、どう対応すべきか（介護認定で配慮する場合、ローカルルールで対応可能か、制度改正が必要か）。	・認知症という病気は、身体状態のみで介護度を決めても良いものではないと考える。制度改正が必要と思われる	●二次判定における認定審査員のさじ加減ではないですか。
	2 情報の共有について	基礎情報	○圏域の関係施設の状況がどうなっているか情報共有することは重要であるが、県央地区のイメージでよい（他に必要な情報はあるか）。	・施設情報の共有化が必要。定員やしょくいんはいち、加算等記載が欲しい	施設情報を一元化しインターネットで公表。
情報共有ツール		○個々の患者さんの情報共有の例として「在宅サマリー」の活用が行われているが、更にルール化、標準化の必要はあるか。	・足柄ケアマネジャー連絡会でも在宅サマリーの検討を考えたが、他団体で作られたものがあるので、新たに作成する必要があるか検討し、作成しないことに。病院はどのような情報が必要か？	特養老健の施設入所に共通書式を利用している地域がありますが、形にとらわれず他の情報でもOKにしているのが現状のようです。	
かかりつけ医との連携		○かかりつけ医との情報共有をどう進めていくべきか。	・標準ツールがあれば使用したい。数種類の医療にかかっている場合の把握など取りやすくなるか？	老健の入所者が在宅に退所する場合、ほとんどが主治医に対し診療情報提供書を作成するだけになっているのかもしれませんが、ただ、施設ケアマネがコーディネートし退所前から在宅に戻った後の主治医と連絡を取って居宅ケアマネと連携しあいながら在宅ケアプラン作成に繋げていくという当たり前のことだができていない。老健としてはまず、ここから始めてみたい。	
3 共通	専門職のスキルアップ	○ケアプランの事例を含めてレベルの標準化をどう進めるか	・事例検討を含めた研修をおこない、スキルアップをおこなう	ケアマネの地域連携会議でケアプラン点検なるものを主任ケアマネが中心となって定期的実施している保険者がある。その質や内容はわからないが、他のケアマネが作成したケアプランを参考にして質を高めていく研修は必要だと考えます。	
	認識の共有	○意識啓発の促進等	・研修会、講演会に参加し認識する	医師と介護職との格差はどうしても生じている。医療介護連携の研修会などを数多く企画し医師との接点を数多く設けていく。	
	基金の活用	○医療介護総合確保基金をどう活かすか		情報共有の拠点をどこが担うかわかりませんが、予算がなくては新しい事業ができない。施設情報を一元化するにはシステムも必要となります。	

論点の柱	カテゴリー	論点	【小田原市地域包括支援センターはくさん】 取組み・課題等の状況	【中井町地域包括支援センター】 取組み・課題等の状況
1 介護施設等から入院した患者の退院調整について	施設関連	受入れ施設の総合調整 ○ ADLに変化が生じ元の施設や家に戻れない場合、圏域全体での調整機能を考える必要があるのではないか。	一度施設に入所されていたかたが退院をして在宅で介護をうけることはほとんどないため、病院の連携室が直接調整を行うことが多い。まれに連携室や家族から地域包括支援センターに相談を受ける場合は、入院している病院の連携室とともに調整、支援を行う。	入院により経管栄養や吸引等の処置が必要となると施設に戻れず、療養型病院などに転院している。現在は病院のケースワーカーに捜していただくことが多いが、ケースワーカーがいない病院では包括が対応にあたる。広域での連携や調整ができる仕組みが必要と感じている。
	施設関連	介護施設の対応力 ○ 施設によっては、利用者の体調に何かあるとすぐに救急搬送してしまう。正しい知識の啓発が必要。 ○ 入院前の介護施設に戻りにくい一因として、吸引への対応があげられているが、介護職員の研修等を充実して介護施設の対応力を高める必要があるのではないか。	長期入院や退院後のケア内容によっては、再度入所が困難である。その場合には、入院している病院の連携室とともに調整、知恵を行う。	施設の看護師の人数により、処置が多い方の受け入れが制限されている。介護職・看護職のスキルアップ、施設職員の精神面のフォローアップなどの研修を引き続き広域でお願いしたい。
	在宅・施設共通	入院時の早期調整 ○ 施設から入院した時点で、施設から一旦退所扱いになり、すぐに再入所できないケースが指摘されているが、弾力的な対応を考えるべきではないか。 ○ 介護サービスを利用中でも今後のライフプランを検討していないため、患者・家族の意思決定に時間のかかる場合がある。	入院＝退所の相談は地域包括支援センターにはあまりない。おそらく現状 老人施設では「看取り」も含めた対応を積極的にされているのではないかと察する。	ライフプランの検討については、セミナーの開催などにより普及啓発を進めていきたい。
	在宅・施設共通	カンファレンス ○ 退院調整に際し、関係者によるカンファレンスが重要であるが、なかなか集まりにくいことが指摘されている。ICTの活用等工夫をこらす必要があるのではないか。	新型コロナウイルスの状況下においても、何度か必要に応じて地域包括支援センターは病院での退院のためのカンファレンスには参加をした。ICT利用はまだなし。	入院期間が3か月以上であれば中間カンファレンスを行い、早い段階から退院先等の話し合いをすすめている病院もある。退院直前の急な連絡ではカンファレンスの参加が難しいことがある。
2 情報の共有について	在宅・施設共通	認知症対策 ○ 認知症であって、ADLが落ちていない人の介護認定が低く出てしまうという問題が指摘されているが、どう対応すべきか（介護認定で配慮する場合、ローカルルールで対応可能か、制度改正が必要か）。	認知症の専門医受診による主治医意見書作成の重要性と調査時の立会い者による代弁、状況説明の必要性を伝える（生活における認知症の症状について）。	認知症や精神疾患の方の介護度が低く出てしまい、安全に生活するための十分なサービスが入れられないケースが多々あり、入所せざるを得なくなっている。主治医に認知症の症状が伝わっておらず、意見書に反映されていないことが多いため主治医との連携が必要と思われる。
	在宅・施設共通	基礎情報 ○ 圏域の関係施設の状況がどうなっているか情報共有することは重要であるが、県央地区のイメージでよいか（他に必要な情報はあるか）。	県央地区のイメージでよいと思われる。	最近では家族が包括に相談に来るが、病院の相談室に直接本人や家族から相談をしていないと、病院からの情報を得られず対応が遅れてしまうケースが多くなっている。
	在宅・施設共通	情報共有ツール ○ 個々の患者さんの情報共有の例として「在宅サマリー」の活用が行われているが、更にルール化、標準化の必要はあるか。	ケアネットOHMY（1市3町）が医療機関との連携ツールを作成（H23年度作成）。入院時にCMより情報提供する共通ツールとして使用。R2年度見直し予定。	短い入院期間でも在宅サマリーを求められることが多くなっている。広域で共通の在宅サマリーがあると活用しやすいと思われる。
	在宅・施設共通	かかりつけ医との連携 ○ かかりつけ医との情報共有をどう進めていくべきか。	ケアネットOHMY（1市3町）、三師会、行政（1市3町）で医師だけではなく多職種と情報共有をするためのツールとして作成された。R2年度6月から運用を開始。	訪問看護や訪問リハ、居宅療養管理指導等の入っていないケースでは、受診に付き添うなどでかかりつけ医と連携をとっているが、ツールや情報共有のルールがあると連携がとりやすいと思われる。
3 共通	在宅・施設共通	専門職のスキルアップ ○ ケアプランの事例を含めてレベルの標準化をどう進めるか	行政が行う研修、ケアプラン点検事業に参加。社内研修なども活用（受託法人による）。	研修会や事例検討会の参加を勧めているが負担も大きい実情がある。ケアプラン点検マニュアル等を活用し各事業所内での勉強会などを行うことも必要と思われる。
	在宅・施設共通	認識の共有 ○ 意識啓発の促進等	地域包括支援センターに依頼される講話活動。民生委員を通じての啓蒙活動。	今後も足柄上地区在宅医療連携支援センターが実施している専門職向けの研修などをテーマ別に開催していただきたい。
	在宅・施設共通	基金の活用 ○ 医療介護総合確保基金をどう活かすか	該当はなし。	

論点の柱	カテゴリー	論点	【山北町地域包括支援センター】 取組み・課題等の状況	【開成町地域包括支援センター】 取組み・課題等の状況	
1 介護施設等から入院した患者の退院調整について	施設関連	受入れ施設の総合調整	○ ADLに変化が生じ元の施設や家に戻れない場合、圏域全体での調整機能を考える必要があるのではないか。	各々のケースで対応が出来る。	利用者や家族が不安を感じることなく次の受入れ先が検討できるよう、入院先に限らず他機関が連携して対応する必要がある。
		介護施設の対応力	○ 施設によっては、利用者の体調に何かあるとすぐに救急搬送してしまう。正しい知識の啓発が必要。 ○ 入院前の介護施設に戻りにくい一因として、吸引への対応があげられているが、介護職員の研修等を充実して介護施設の対応力を高める必要があるのではないか。	・町の「緊急時一次避難事業」を活用を図っていく。 ・入所者が入院中、施設への補償等の財政的支援が必要ではないか。	程度にもよるが、施設の医療専門職が救急搬送が必要と判断した場合は依頼すべきと考える。入院前の慣れた施設での生活が再開できるよう、介護職員のスキルアップは重要と思うが、職員の負担も考慮すべきと考える。
	在宅・施設共通	入院時の早期調整	○ 施設から入院した時点で、施設から一旦退所扱いになり、すぐに再入所できないケースが指摘されているが、弾力的な対応を考えるべきではないか。 ○ 介護サービスを利用中でも今後のライフプランを検討していないため、患者・家族の意思決定に時間のかかる場合がある。	・本町では比較的、弾力的な対応がなされていると捉えています。 ・包括ではここ数年「老い支度」の普及啓発に取り組んでいる。取組みは3年目にあたる。近年「人生会議」等をテーマに研修。	施設側の事情、実態把握が必要と感じる。意思決定に時間がかかるのは致し方ないと思うが、悔いなく選択していけるよう適切な情報提供が必要と感じる。
		カンファレンス	○ 退院調整に際し、関係者によるカンファレンスが重要であるが、なかなか集まりにくいことが指摘されている。ICTの活用等工夫をこらす必要があるのではないか。	ENTカンファレンスは重要であり活用が出来ていると思われる。ICTの活用も必要と思われる。	適時に開催できるようにするためにはICTの活用も重要と思う。
	認知症対策	○ 認知症であって、ADLが落ちていない人の介護認定が低く出てしまうという問題が指摘されているが、どう対応すべきか（介護認定で配慮する場合、ローカルルールで対応可能か、制度改正が必要か）。	認知症があれば認定が低くなるとは認識していない。ローカルルールで対応可能であればよいと思う。	認定調査時の聞き取り方法の工夫が必要と感じる。本人だけでなく介護者、支援者等からも情報収集し、調査票を作成いただけたらと思う。	
2 情報の共有について	基礎情報	○ 圏域の関係施設の状況がどうなっているか情報共有することは重要であるが、県央地区のイメージでよい（他に必要な情報はあるか）。	県央地区のイメージがイメージできないが、情報の共有化・ツール化は重要と思われる。	県央地区のイメージがしにくい状況だが、施設の選択にあたり情報共有できるツールがあることは有効と思う。	
	情報共有ツール	○ 個々の患者さんの情報共有の例として「在宅サマリー」の活用が行われているが、更にルール化、標準化の必要はあるか。	まずは「在宅サマリー」の普及・徹底を行いたい。	ルール決めや標準化は必要と思うが、これがケアマネージャーの負担にならないように配慮する必要があると感じる。新たな様式を設けるのは負担になると感じる。	
	かかりつけ医との連携	○ かかりつけ医との情報共有をどう進めていくべきか。	標準的なツール（FAX・メール・面談等）の活用と、医師それぞれに合わせた連携方法の習得。	情報伝達ツールは便利だと思うが、上記欄にも記載したとおり、新たな様式を設けるのは負担にならないものか。適時に情報提供できるような意識化が図れるとよい。	
3 共通	専門職のスキルアップ	○ ケアプランの事例を含めてレベルの標準化をどう進めるか	地域ケア会議全体の構築、再編成の中で職性を活かした検討や情報交換・共有を実践できるようにする。	事例から学ぶことは有効と考える。特に緊急時に情報を共有し、利用者や家族の満足につながったケースが好ましいと感じる。	
	認識の共有	○ 意識啓発の促進等	意識啓発の機会・場の提供が多くできるようにしていく。町内地域ケア会議がその場となるように検討していく。	講演会や研修会が多く、業務内で参加することが難しい。同内容のものが多機関で開催されており負担との声も多い。法定研修の中に盛り込めたらと思う。	
	基金の活用	○ 医療介護総合確保基金をどう活かすか		情報共有にかかるソフト開発や講演会・研修会の開催等に活かしていただきたい。	

論点の柱		カテゴリー	論点	【箱根町地域包括支援センター】 取組み・課題等の状況
1 介護施設等から入院した患者の退院調整について	施設関連	受入れ施設の総合調整	○ ADLに変化が生じ元の施設や家に戻れない場合、圏域全体での調整機能を考える必要があるのではないか。	ADL低下や医療的ケアが必要になった場合、箱根の施設では人員配置や医療機関への移動時間がかかることなどで、対応できない場合が多い。圏域内での受け入れ態勢整備を検討していく。(他の市町村に負担がかかることが予想される)
		介護施設の対応力	○施設によっては、利用者の体調に何かあるとすぐに救急搬送してしまう。正しい知識の啓発が必要。 ○入院前の介護施設に戻りにくい一因として、吸引への対応があげられているが、介護職員の研修等を充実して介護施設の対応力を高める必要があるのではないか。	介護施設職員の離職問題があり、介護職員の研修成果が継続できていない。このため医療的ケアが必要な場合、医療機関に頼ることが多い。
	在宅・施設共通	入院時の早期調整	○施設から入院した時点で、施設から一旦退所扱いになり、すぐに再入所できないケースが指摘されているが、弾力的な対応を考えるべきではないか。 ○介護サービスを利用中でも今後のライフプランを検討していないため、患者・家族の意思決定に時間のかかる場合がある。	在宅で介護サービス利用中であれば「在宅サマリー」を利用し情報提供し、今後の退院調整を早期に行うことができる。しかし圏域全体の医療機関や施設が利用しているわけではないので、「在宅サマリー」を活用する体制を構築する必要がある。
		カンファレンス	○退院調整に際し、関係者によるカンファレンスが重要であるが、なかなか集まりにくいことが指摘されている。ICTの活用等工夫をこらす必要があるのではないか。	入所、入院先でのカンファレンスは家族や施設側の都合が優先されることが多い。事前にメール等でお互いの情報交換ができれば、退院等の調整はしやすい。
		認知症対策	○認知症であって、ADLが落ちていない人の介護認定が低く出てしまうという問題が指摘されているが、どう対応すべきか(介護認定で配慮する場合、ローカルルールで対応可能か、制度改正が必要か)。	認知症でADLに問題ない方の介護度が低い問題は、介護サービスが十分に利用できない事態になることである。介護認定の制度改正検討か。
	2 情報の共有について	基礎情報	○圏域の関係施設の状況がどうなっているか情報共有することは重要であるが、県央地区のイメージでよいか(他に必要な情報はあるか)。	関連施設間で一定の共通情報ツールを利用していただきたい。介護、医療等で共有化するための研修等が必要。
情報共有ツール		○個々の患者さんの情報共有の例として「在宅サマリー」の活用が行われているが、更にルール化、標準化の必要はあるか。	「在宅サマリー」の活用を一定の医療機関のみの活用ではなく、圏域内全体で活用することで情報の共有化が図れる。(医師会への働きかけが必要か)	
かかりつけ医との連携		○かかりつけ医との情報共有をどう進めていくべきか。	介護職とかかりつけ医との情報共有は情報ツールがあれば連携しやすいが、かかりつけ医と、基幹病院との連携は医師会のからみがあるので介護職では手が出せない場面がある。	
3 共通	専門職のスキルアップ	○ケアプランの事例を含めてレベルの標準化をどう進めるか	介護保険制度、介護サービス等、定期的に学習会及び研修会を開催し、個々のニーズに適正なケアプランが作成できるよう評価する場が必要。	
	認識の共有	○意識啓発の促進等	多職種共同研修の参加が広がり、医療、介護の連携が取れないと認識の共有化は図れない。さらに啓発活動を行っていく。	
	基金の活用	○医療介護総合確保基金をどう活かすか	基金についての説明会が必要。	

